A

MOHAN KANDASAMY & YANG LAIN lwn. DR SHANMUGAM MUNIANDI & YANG LAIN

MAHKAMAH TINGGI MALAYA, KLANG
NORLIZA OTHMAN H
[GUAMAN SIVIL NO: BL-23NCvC-1-01-2022]
18 DISEMBER 2024

B

Abstrak – *(i) Klinik dan pemiliknya mempunyai tanggungjawab berjaga-jaga terhadap pesakit yang didaftarkan, walaupun pesakit tersebut berada bawah pengawasan doktor lain. Dalam kes ini, pendaftaran pesakit dan rekod perubatan yang menggunakan kepala surat klinik membuktikan kewujudan tanggungjawab ini; (ii) Kecuaian perubatan, khususnya dalam kes ini, terbentuk apabila terdapat kegagalan, antara lain, (a) memantau tanda-tanda vital pesakit, terutamanya apabila pesakit mengalami kehilangan darah yang banyak; (b) menyediakan rawatan yang mencukupi, termasuk ubat-ubatan dan peralatan yang diperlukan; (c) membuat keputusan yang tepat dan segera dalam menghantar pesakit ke hospital yang mempunyai kemudahan yang lebih lengkap; dan (d) mengawasi pesakit yang berada dalam keadaan tidak stabil.*

C

D

E

TORT: *Kecuaian – Kecuaian perubatan – Tuntutan ganti rugi – Kecuaian klinik, doktor-doktor dan jururawat-jururawat – Kecuaian dalam menyambut kelahiran bayi hingga menyebabkan kematian si ibu ('si mati') – Si mati meninggal dunia akibat pendarahan yang banyak – Kegagalan doktor-doktor dan jururawat-jururawat terlibat memantau tanda-tanda vital si mati, menyediakan rawatan yang mencukupi iaitu ubat-ubatan dan peralatan yang diperlukan dan menghantar si mati ke hospital yang mempunyai kemudahan yang lebih lengkap – Si mati ditinggalkan dalam keadaan tidak stabil tanpa pengawasan doktor – Sama ada tuntutan berjaya dibuktikan – Kuantum dan liabiliti*

F

G

Ini adalah tuntutan plaintif-plaintif untuk kecuaian perubatan terhadap defendan-defendan kerana menyebabkan kematian Punita Mohan ('si mati') ketika si mati melahirkan plaintif kelima di klinik defendan pertama. Plaintif pertama ('SP2'), kedua ('SP5'), ketiga dan keempat adalah, masing-masing, bapa, ibu, kakak dan anak si mati. SP5 dan plaintif ketiga juga adalah wakil litigasi plaintif keempat dan kelima. Dalam menyambut kelahiran plaintif kelima, defendan ketiga ('SD3') adalah doktor yang bertanggungjawab manakala defendan keempat hingga keenam adalah jururawat-jururawat yang bertugas bersama-sama SD3. Sebelum kelahiran plaintif kelima, si mati telah menggunakan khidmat SD3 untuk melahirkan plaintif keempat sekitar tahun 2015/2016. Ketika si mati ingin melahirkan plaintif kelima, dia dimaklumkan oleh SD3 bahawa kliniknya tidak mempunyai fasiliti untuk bersalin. Oleh itu, si mati dirujuk oleh SD3 ke Klinik dan Pusat Bersalin

H

I

Shan ('Klinik Shan'). Defendan kedua ('SD2') adalah pemilik tunggal Klinik Shan. Si mati telah dimasukkan ke Klinik Shan untuk bersalin dan ketika itu, dia diiringi oleh SP2, SP5, abang si mati ('SP9') dan suami si mati ('SP4'). Mereka hanya menunggu di luar bilik bersalin. Seorang jururawat Klinik Shan telah membawa plaintif kelima keluar dan menunjukkannya pada SP2 dan SP5. Si mati, yang masih berada di dalam bilik bersalin, tidak diketahui keadaannya oleh ahli keluarganya. Setelah menunggu sekian lama, mereka terdengar si mati menjerit. Apabila sudah bertanya pada jururawat dan tiada maklum balas, SP5 masuk ke bilik bersalin dan melihat si mati masih terbaring dengan pendarahan yang banyak. SD3 memberitahu SP5 bahawa dia terpaksa memasukkan tangan ke dalam faraj si mati untuk menarik uri dan uterus si mati yang bengkak dan tidak mengecut, menyebabkan pendarahan yang banyak. SD3 juga meminta SP5 agar tidak risau. Menurut SP2, SP5, SP9 dan SP4, mereka melihat SD3 keluar dari bilik bersalin dan SD3 memaklumkan mereka bahawa keadaan si mati stabil. SD3 berlalu pergi dari Klinik Shan untuk pergi minum. SP5 ada bertanya pada SD3 mengapa dia meninggalkan si mati dalam keadaan begitu tetapi SD3 memberitahunya dia pergi sekejap sahaja dan akan kembali dengan segera. Saksi-saksi plaintif juga menyatakan bahawa mereka melihat SD2 juga turut keluar dari bilik bersalin tersebut dan meninggalkan si mati dalam jagaan dan pengawasan defendan keempat hingga keenam. Salah seorang jururawat tersebut tiba-tiba keluar dan menelefon Hospital Tengku Ampuan Rahimah ('HTAR'), bertanyakan doktor pakar yang bertugas kerana ada pesakit mereka yang kritikal. Mendengar perbualan tersebut, SP5 sekali lagi berlari masuk ke bilik bersalin dan SP5 melihat: (i) si mati mengalami pendarahan yang banyak; (ii) jururawat-jururawat tersebut sedang cuba menahan pendarahan itu dengan menggunakan kapas, namun, darah tetap mengalir; dan (iii) keadaan dan badan si mati sudah sejuk dan sukar bernafas. Dalam keadaan cemas tersebut, SP9 memanggil SD2 untuk membantu si mati. SD2 memaklumkan bahawa dia telah menelefon SD3 dan SD3 sedang dalam perjalanan balik ke Klinik Shan. SD2 juga telah menelefon ambulans untuk membawa si mati ke HTAR. Pada waktu itu, si mati telah kehilangan EBL 1,500cc darah. SD3 hanya tiba di Klinik Shan lebih 20 minit kemudian dan si mati dihantar dengan ambulans ke HTAR. Si mati tiba di HTAR dalam keadaan yang sangat kritikal, mukanya pucat dan tiada pernafasan spontan. Si mati kehilangan darah sebanyak 2.5 liter sebelum meninggal dunia. Maka timbul tuntutan ini untuk ganti rugi am, khas, teruk dan teladan terhadap defendan-defendan. Tuntutan plaintif-plaintif juga adalah berdasarkan ss. 7 dan 8 Akta Undang-undang Sivil 1956 ('Akta') di mana plaintif pertama adalah pentadbir harta pusaka si mati.

Diputuskan (membenarkan tuntutan):

(1) Klinik Shan adalah klinik yang menyediakan kemudahan dan/atau fasiliti bagi si mati yang pada waktu material adalah pesakit SD3 untuk melahirkan anaknya, iaitu plaintif kelima. Plaintif telah membuktikan bahawa Klinik Shan dimiliki oleh SD2 sebagai pemilik tunggal dan dia

mempunyai tanggungjawab berjaga-jaga atas si mati yang didaftarkan sebagai pesakit mereka dan diberi nombor pendaftaran. Rekod-rekod perubatan si mati dan keputusan Klinik Shan untuk tidak mengenakan bayaran bersalin adalah menggunakan kepala surat rasmi Klinik Shan. Oleh itu, si mati adalah pesakit defendan pertama dan SD2 dan sebagai pusat yang memberi perkhidmatan bersalin, defendan pertama dan SD2 mempunyai tanggungjawab berhati-hati pada si mati. SD3 pula jelas adalah doktor yang mempunyai tanggungjawab berjaga-jaga atas si mati kerana si mati berada bawah pengawasannya sejak awal kelahiran plaintif kelima dan SD3 yang menyambut kelahiran plaintif kelima. SD2 mengesahkan ketiga-tiga jururawat, iaitu defendan keempat hingga keenam adalah kakitangan Klinik Shan dan mereka ada bersama-sama dengan SD3 ketika menyambut kelahiran plaintif kelima dan bersama-sama SD3 ketika si mati bersalin. Defendan keempat hingga keenam juga berada di dalam bilik bersalin dengan si mati dan si mati ditinggalkan dalam jagaan ketiga-tiga jururawat ini apabila SD2 dan SD3 meninggalkan bilik bersalin tersebut. Oleh itu, defendan keempat hingga keenam juga mempunyai tanggungjawab berhati-hati atas si mati. Selain itu, SD2 mengesahkan ketiga-tiga jururawat ini tidak berdaftar dengan pihak berkuasa iaitu Kementerian Kesihatan Malaysia. (perenggan 22-25)

(2) Si mati telah ditinggalkan tanpa pengawasan doktor tanpa dipastikan bahawa dia bebas daripada sebarang komplikasi. Keterangan SD3 tentang waktu dia meninggalkan bilik bersalin itu sendiri bercanggah dengan apa yang diplidkan dalam pembelaannya. SD3 memplidkan bahawa si mati mula mengalami pendarahan semula sekitar jam 12.15 tengah hari dan seorang jururawat telah memberitahu SD2 yang kemudiannya menelefon SD3 yang sedang minum di sebuah restoran berhampiran. Namun, ketika pemeriksaan balas, SD3 mengatakan dia meninggalkan Klinik Shan sekitar 12.30 tengah hari. Jika mengikut pembelaannya, pada jam 12.15 tengah hari, SD3 sudah tidak berada di Klinik Shan dan ini bercanggah dengan keterangannya apabila dia mengatakan dia meninggalkan Klinik Shan pada pukul 12.30 tengah hari. Lebih menyedihkan, walaupun SP5 mendengar anaknya, si mati, menjerit dan dia melihat jururawat sedang mengelap darah anaknya yang keluar dengan banyak, SD3 memaklumkan SP5 tiada apa-apa yang perlu dibimbangkan dan SD3 keluar dari bilik bersalin itu untuk pergi minum. SD3 menegaskan bahawa pendarahan si mati telah berhenti dan keadaan si mati stabil sedangkan nota klinikal Klinik Shan menunjukkan sebaliknya. Si mati hanya dibawa ke HTAR pada sekitar jam 1 tengah hari dan ini disahkan oleh rekod St John Ambulance yang menerima panggilan dari SD2 pada jam 12.56 tengah hari. Rekod HTAR pula menunjukkan doktor pakar di HTAR menerima panggilan berkenaan pemindahan si mati pada pukul 1.03 petang. SD2 dan SD3 gagal

menggunakan kepakaran mereka apabila melihat keadaan si mati yang kehilangan banyak darah dan Klinik Shan tidak mempunyai bekalan ubat 'Colloid' untuk resusitasi si mati. Ini diakui oleh SD2 dan SD3 sendiri. Klinik Shan juga tidak mempunyai ubat 'Carboprost/ Hemabate' untuk mengecutkan rahim dan tidak mempunyai peralatan untuk rawatan 'balloon tamponade' untuk memberhentikan pendarahan. Ini semua dalam pengetahuan SD2 dan SD3, namun, mereka masih memandang remeh akan keadaan si mati ketika itu dengan tidak membuat keputusan menghantarnya ke HTAR untuk rawatan segera atau bagi mendapatkan bekalan darah. SD2 dan SD3 adalah doktor yang mana si mati bukanlah pesakit pertama yang mereka rawat, dan ubat-ubatan yang mempunyai kesan terbaik dalam merawat pesakit seperti si mati adalah dalam pengetahuan mereka. Oleh kerana ubat-ubatan ini tiada dan peralatan untuk 'ballon tamponade' juga tiada di Klinik Shan, sebagai doktor yang kepakaran mereka adalah menyambut kelahiran dan memantau keselamatan si ibu, mereka gagal dalam melaksanakan tugas mereka secara munasabah iaitu dengan segera menghantar si mati ke HTAR untuk mendapatkan rawatan kecemasan. (perenggan 34-38)

(3) Faktor-faktor yang menyumbang secara terus pada kecederaan serius si mati yang akhirnya membawa maut adalah: (i) kegagalan SD2 dan SD3 memantau tanda-tanda vital pada si mati apabila jumlah kehilangan darahnya meningkat dari 350ml ke 800ml dalam jangka masa yang sangat singkat (11.20 pagi-12.30 tengah hari); (ii) gagal memberi ubatan atau fluids yang lebih efektif untuk resusitasi; (iii) gagal memberi ubat untuk merawat PPH yang perlu diberikan secara berperingkat hingga mencapai dos yang sepatutnya; (iv) ketiadaan alat perubatan seperti 'ballon tamponade' atau melakukan 'bi manual compression' dalam merawat si mati; (v) gagal membuat keputusan untuk menghantar si mati ke HTAR dengan segera dan seawal mungkin apabila keadaan pendarahan si mati bertambah teruk; dan (vi) meninggalkan si mati dalam jagaan jururawat-jururawat, iaitu defendan keempat hingga keenam yang tidak dibuktikan pentauliahannya. SD2 dan SD3, yang mempunyai pengalaman menyambut antara 3,000 hingga 5,000 kelahiran, mengambil sikap sambil lewa dalam menangani keadaan si mati. SD2 dan SD3 sepatutnya lebih berpengalaman dan tahu bahawa selagi si ibu tidak mengalami apa-apa komplikasi seperti tumpah darah dalam kes ini, maka si ibu tidak boleh dikatakan dalam keadaan stabil; lebih-lebih lagi si mati baru menjalani prosedur pengeluaran uri secara manual yang dilakukan oleh SD3. (perenggan 42)

(4) Kesemua defendan cuai dalam menangani kes si mati, iaitu seorang ibu yang sihat yang hadir ke klinik defendan pertama dan SD2 dan menyerahkan dirinya pada kepakaran SD3 untuk melahirkan cahaya matanya yang kedua. Malangnya, ibu ini bukan sahaja tidak dapat mendakap anak yang dilahirkannya, tetapi dia juga pergi meninggalkan

anak itu tanpa melihatnya. Seandainya defendan-defendan menggunakan kepakaran mereka dalam cara yang munasabah dan sepatutnya berdasarkan kepakaran dan pengalaman mereka, kemungkinan ibu malang ini masih ada bersama-sama keluarganya. (perenggan 53)

(5) Plaintif-plaintif berjaya membuktikan tuntutan mereka atas semua defendan. Liabiliti sepenuhnya adalah atas defendan-defendan dan ringkasan ganti rugi adalah seperti berikut: (i) ganti rugi am iaitu: (a) ganti rugi am berdasarkan s. 7(6) Akta berjumlah RM500,000; (b) ganti rugi am kedua bagi kesakitan dan kesengsaraan plaintif pertama, kedua, keempat dan kelima. SP2 dan SP5 setiap seorang diawardkan RM300,000 manakala plaintif keempat dan kelima setiap seorang diawardkan RM1 juta; dan (c) ganti rugi kehilangan pendapatan. SP2 dan SP5 setiap seorang diawardkan RM45,600; (ii) ganti rugi khas iaitu: (a) kos pengebumian berjumlah RM5,000; (b) fi guaman berjumlah RM34,543.10; dan (c) kos pakar dan laporan perubatan berjumlah RM7,820; (iii) ganti rugi teruk iaitu: (a) defendan pertama dan/atau SD2 berjumlah RM700,000; dan (b) SD3 berjumlah RM1.5 juta; (iv) ganti rugi punitif berjumlah RM100,000; dan (v) kos tindakan berjumlah RM30,000. (perenggan 70)

Kes-kes yang dirujuk:

Bolam v. Friern Hospital Management Committee [1957] 2 All ER 118 ***(refd)***

Dr Chin Yoon Hiap v. Ng Eu Khoon & Ors And Other Appeals [1998] 1 CLJ 533 CA ***(refd)***

Dr Hari Krishnan & Anor v. Megat Noor Ishak Megat Ibrahim & Anor And Another Appeal [2018] 3 CLJ 427 FC ***(refd)***

Juahir Sadikon v. Perbadanan Kemajuan Ekonomi Negeri Johor [1996] 4 CLJ 1 CA ***(refd)***

Lim Guan Eng v. PP & Other Appeals [1998] 3 CLJ 769 CA ***(refd)***

Sambaga Valli KR Ponnusamy v. Datuk Bandar Kuala Lumpur & Ors And Another Appeal [2017] CLJU 500; [2017] 1 LNS 500 CA ***(refd)***

Shalini Kanagaratnam v. Pusat Perubatan Universiti Malaya & Anor [2013] CLJU 1447; [2013] 1 LNS 1447 HC ***(refd)***

Siow Ching Yee (Menyaman Melalui Isteri Dan Wakil Litigasinya, Chau Wai Kin) v. Columbia Asia Sdn Bhd [2024] 4 CLJ 173 FC ***(refd)***

Wu Siew Ying v. Gunung Tunggal Quarry & Construction Sdn Bhd & Anor [2011] 1 CLJ 409 FC ***(refd)***

Zulkiflee SM Anwar Ulhaque & Anor v. Arikrishna Apparau & Ors [2013] CLJU 1264; [2013] 1 LNS 1264 CA ***(refd)***

Perundangan yang dirujuk:

Civil Law Act 1956, ss. 7(3)(iv)(d), (6), 8

Evidence Act 1950, ss. 101, 103, 114(g)

Bagi pihak plaintif-plaintif - T/n V Samy Renu & Co

Bagi pihak defendan-defendan - T/n RV Lingam & Co

Dilaporkan oleh Lina E

PENGHAKIMAN

Norliza Othman H:

Latar Belakang Kes

[1] Ini adalah tuntutan untuk kecuaian perubatan yang dibawa oleh plaintif-plaintif terhadap defendan-defendan kerana menyebabkan kematian Punita a/p Mohan ketika melahirkan plaintif kelima di klinik defendan pertama dan doktor yang bertanggungjawab menyambut kelahiran plaintif kelima adalah defendan ketiga. Plaintif pertama dan kedua adalah bapa dan ibu kepada si mati, plaintif ketiga adalah kakak si mati, plaintif keempat adalah anak kepada si mati. Plaintif kedua dan ketiga adalah penjaga dan wakil litigasi plaintif keempat dan kelima. Defendan-defendan keempat hingga keenam adalah jururawat defendan pertama yang bertugas bersama defendan ketiga menyambut kelahiran plaintif kelima.

[2] Sebelum kelahiran plaintif kelima, Punita a/p Mohan ("selepas ini dirujuk sebagai si mati") telah menggunakan khidmat defendan ketiga ("selepas ini dirujuk sebagai SD3") untuk melahirkan anaknya iaitu plaintif keempat pada sekitar tahun 2015/2016. Ketika si mati ingin melahirkan plaintif kelima, dia telah dimaklumkan oleh SD3 bahawa kliniknya iaitu Klinik Utara tidak mempunyai fasiliti untuk bersalin. Oleh itu, si mati telah dirujuk oleh SD3 kepada Klinik dan Pusat Bersalin Shan ("selepas ini dirujuk sebagai Klinik Shan") untuk tujuan melahirkan plaintif kelima. Segala prosedur menyambut kelahiran plaintif kelima akan dilakukan oleh SD3 di Klinik Shan. Defendan kedua ("selepas ini dirujuk sebagai SD2") adalah pemilik tunggal Klinik Shan.

[3] Pada 8 Januari 2019 jam 10.30 malam, si mati telah dimasukkan ke Klinik Shan untuk bersalin. Pada 9 Januari 2019, jam lebih kurang 9.50 pagi, si mati dibawa ke bilik bersalin diiringi oleh SP2 (plaintif pertama), SP5 (plaintif kedua), SP9 (Shathiasilan – abang si mati), SP4 (Sakyhivell) dan Prakash a/l Suppiah (suami si mati dan bapa kepada plaintif keempat dan kelima). Kesemua mereka hanya menunggu di luar bilik bersalin. Pada jam lebih kurang 11.40 pagi, seorang jururawat Klinik Shan telah membawa keluar plaintif kelima dan menunjukkan kepada SP2 dan SP5. Si mati masih berada dalam bilik bersalin dan tidak diketahui keadaannya oleh ahli keluarga yang mengiringinya.

[4] Setelah menunggu sekian lama, SP2, SP5, SP4 serta SP9 mendengar si mati menjerit, lalu SP5 bertanyakan kepada salah seorang jururawat di situ mengapa si mati menjerit. Jururawat itu meminta SP5 untuk menunggu sebentar namun hingga jam 12.10 tengah hari, tiada maklum balas dari jururawat tersebut dan/atau dari SD3 menyebabkan SP5 masuk ke bilik bersalin tersebut. Di bilik bersalin itu, SP5 melihat si mati masih terbaring dan dia melihat pendarahan yang banyak. SD3 kemudian datang kepada SP5

dan memberitahunya dia terpaksa memasukkan tangan ke dalam faraj si mati untuk menarik uri. SD3 juga memaklumkan kepada SP5 bahawa rahim ("uterus") si mati bengkak dan tidak mengecut dan ini menyebabkan pendarahan yang banyak. SD3 meminta SP5 tidak risau.

[5] Kemudiannya, melalui keterangan SP2, SP5, SP9 dan SP4, mereka melihat SD3 keluar dari bilik bersalin dan SD3 memaklumkan bahawa keadaan si mati stabil dan dia berlalu pergi dari Klinik Shan (fakta ini diakui oleh SD3 yang mengatakan dia keluar dari Klinik Shan untuk pergi minum). SP5 ada bertanya kepada SD3 mengapa dia meninggalkan si mati dalam keadaan begitu, SD3 memberitahu dia pergi sekejap sahaja dan akan kembali dengan segera.

[6] Saksi-saksi plaintif memberitahu mahkamah bahawa mereka turut melihat SD2 (Dr Shan) juga turut keluar dari bilik bersalin tersebut dan meninggalkan si mati dalam jagaan dan pengawasan tiga orang jururawat iaitu defendan keempat hingga keenam. Pada jam lebih kurang 12.35 petang, jururawat dari bilik bersalin itu tiba-tiba keluar dan menelefon Hospital Tengku Ampuan Rahimah (HTAR) bertanya tentang doktor pakar yang bertugas kerana ada pesakit mereka yang kritikal. Sebaik sahaja mendengar perbualan tersebut, SP5 sekali lagi berlari masuk ke bilik bersalin dan dia melihat si mati mengalami pendarahan yang banyak. SP5 melihat jururawat-jururawat itu sedang cuba untuk menahan pendarahan itu dengan menggunakan kapas namun darah tetap mengalir. SP5 melihat keadaan si mati dan mendapati badan si mati sudah sejuk dan sukar bernafas. SD2 dan SD3 tiada di dalam bilik bersalin itu pada waktu itu.

[7] Keterangan dari saksi-saksi plaintif iaitu SP5 dan SP9 memberitahu mahkamah, keadaan di bilik bersalin sangat cemas dan SP9 telah turun ke tingkat bawah Klinik Shan dan memanggil SD2 untuk membantu si mati. SD2 telah masuk ke bilik bersalin dan apabila SP5 melihat SD2, dia bertanyakan apa yang patut dilakukan dan SD2 memaklumkan dia telah menelefon SD3 dan SD3 sedang dalam perjalanan balik ke Klinik Shan. SD2 juga telah menelefon ambulans untuk membawa si mati ke HTAR.

[8] Pada waktu itu, si mati telah kehilangan "EBL 1,500 cc" darah (eksh. D75 Ikatan C1 ms. 15). SD3 hanya tiba di Klinik Shan pada pukul 12.57 tengah hari dan si mati dihantar dengan ambulans ke HTAR pada pukul 1.20 petang (eksh. P19 Ikatan D2 ms. 3 hingga 16). SD3 telah membawa SP5 ke HTAR mengekori ambulans. Menurut SP7 (Dr Nor Fadzilah) dan SP6 (Dr Muna), pasukan O&G HTAR telah menerima si mati di "Red Zone" pada jam lebih kurang 1.30 tengah hari dan si mati didapati dalam keadaan sangat kritikal. Muka si mati pucat dan tiada pernafasan spontan. Hasil pemeriksaan kecemasan mendapati tiada terasa nadi si mati dan tekanan darahnya tidak dapat direkodkan. HTAR mengisukan notis DIL atau "Death in Line" (eksh. P2 Ikatan B1 ms. 58).

[9] SP6 dan SP7 mengesahkan di Jabatan Kecemasan, "Cardiopulmonari Resusitasi" terpaksa dijalankan atas si mati untuk memulihkan pengedaran darah untuk membawa si mati kekeadaan yang stabil. Pada jam 2.13 petang, si mati dibawa ke bilik pembedahan (eksh. P1 Ikatan B1 ms. 11) dan pada masa yang sama, si mati telah ditransfusikan enam pints darah dan diberi ubat "uterotonic". Keluarga si mati telah dimaklumkan oleh pihak HTAR bahawa keadaan si mati ketika dibawa ke HTAR dari Klinik Shan sudah sangat kritikal.

[10] Hasil pemeriksaan oleh HTAR didapati si mati telah mengalami "maternal cardiorespirator collapse secondary to massive post partum haemorrhage (PPH) secondary to uterine atony (following vertex delivery) with disseminated intravascular coagulopathy" (DIVC) (eksh. P1 Ikatan B1 ms. 11). Pada jam lebih kurang 2.39 petang, pembedahan dijalankan atas si mati dan pada waktu itu, si mati telah kehilangan darah sebanyak 2½ liter darah dan dalam pembedahan tersebut, si mati telah ditransfusikan dua pints "pack cell" dan dua kitaran "DIVC regime" (eksh. P1 Ikatan B1 ms. 11).

[11] Menurut SP7, pembedahan tamat pada jam lebih kurang 4.40 petang dan walaupun resusitasi telah dilakukan, keadaan si mati masih tidak stabil. Akhirnya, si mati tewas dalam perjuangannya untuk hidup dan dia meninggal dunia pada jam lebih kurang 5.25 petang. Menurut SP7, keadaan si mati ketika itu 'irreversible'.

[12] Pada 2 Julai 2019, SP2 telah memperolehi surat kuasa mentadbir untuk bertindak sebagai pentadbir dan bagi memulakan tindakan atas defendan-defendan dan pada 14 Ogos 2020, SP1 dan SP5 mendapat perintah dari MTSA untuk menjadi guardian kepada plaintif keempat dan kelima.

Pembelaan Defendan-defendan

[13] Klinik Shan dan Pusat Bersalin telah beroperasi hampir 22 tahun sejak dibuka pada tahun 2002. SD2 adalah seorang doktor perubatan yang mempunyai pengalaman hampir 30 tahun dan telah mengendalikan hampir 5,000 kes kelahiran sama ada kelahiran normal atau secara pembedahan. SD3 juga seorang doktor perubatan yang mempunyai pengalaman hampir 31 tahun dan telah menyambut kelahiran sebanyak 3,500 kes termasuk kes yang memerlukan pembedahan.

[14] Terdapatnya persefahaman antara SD2 dan SD3 bahawa SD3 boleh menggunakan premis Klinik Shan untuk menjalankan prosedur menyambut kelahiran pesakit SD3 di situ kerana klinik SD3 iaitu Klinik Utara tidak mempunyai fasiliti lengkap sebagai pusat bersalin. Si mati adalah pesakit SD3 di Klinik Utara dan dia telah menggunakan khidmat SD3 ketika melahirkan anak sulungnya iaitu plaintif keempat pada tahun 2016.

[15] Pada 8 Januari 2019, si mati telah dimasukkan ke Klinik Shan sebagai pesakit SD3 untuk melahirkan anaknya dan pada 9 Januari 2019 pada jam 10.34 pagi, si mati telah melahirkan anak keduanya iaitu plaintif kelima di bawah jagaan dan seliaan SD3. Pada jam 11.20 pagi hari itu, si mati telah mengalami pendarahan selepas bersalin dan dia telah dipantau dengan teliti oleh SD3 dan telah diberi ubat-ubatan yang perlu oleh SD3.

[16] Pada pukul 12.15 tengah hari hari yang sama (9 Januari 2019), si mati telah mengalami pendarahan semula, dan SD3 telah segera merujuk si mati kepada HTAR kerana si mati mengalami "Post Partum Haemorrhage ("selepas ini dirujuk sebagai PPH") kerana di Klinik Shan tidak mempunyai bekalan darah untuk kes kecemasan seperti ini. SD2 telah memanggil ambulans dan sepanjang perjalanan ke HTAR, si mati telah diiringi oleh jururawat dari Klinik Shan dan si mati diberi "intra venous oxytocin drip". SD3 bersama dengan SP5 telah mengekori ambulans itu ke HTAR.

[17] Apabila tiba di HTAR pada pukul 1.20 tengah hari pada 9 Januari 2019, rawatan si mati telah diambil alih oleh doktor dan pakar O&G HTAR. SD2 dan SD3 tahu si mati telah meninggal dunia pada pukul 5.25 petang hari yang sama. SD2 dan SD3 telah menjalankan tanggungjawab professional mereka dalam memberikan rawatan terbaik kepada si mati.

[18] Plaintif-plaintif telah mengemukakan sepuluh orang saksi manakala defendan-defendan mengemukakan tiga orang saksi.

Keputusan Mahkamah

[19] Undang-undang mantap berkaitan dengan pembuktian kes sivil adalah jelas seperti yang diperuntukkan di dalam ss. 101 dan 103 Akta Keterangan iaitu "whoever asserts a fact must prove the fact exist" dan Mahkamah Rayuan di dalam *Juahir Sadikon v. Perbadanan Kemajuan Ekonomi Negeri Johor* [1996] 4 CLJ 1 mengesahkannya:

> … It is clear that it is the Plaintiff who asserts that Tan Sri Dato' Haji Bashir who made the offer, the onus is on the plaintiff to satisfy the Court that such offer was ever made. This is clearly provided for by ss 101 and 103 of the Evidence Act 1950. This section read as follows:
>
> **101. Burden of Proof**
>
> (i) whoever desires any Court to give judgment as to any legal right or liability, dependant on the existence of facts which he asserts, must prove that those facts exist;
>
> (2) when a person is bound to prove the existence of any fact, it is said that the burden of proof lies on that person.
>
> 103. Burden of Proof as to Particular fact
>
> The burden of proof as to any particular fact lies on that person who wishes the Court to believe in its existence unless it is provided by any law that the proof of that fact shall lie on any particular person.

> It is clear from the above provisions on whom the onus lies. In the present case it is the plaintiff who had asserted that there exits a particular fact *viz.*, that there was an offer to sell the land at that price between RM7,000 to RM 8,000. The onus is on the plaintiff to satisfy the Court there was such an offer.

Pihak-pihak dalam membuktikan kes mereka akan mengemukakan saksi-saksi yang mana keterangan saksi-saksi ini akan disokong dengan keterangan dokumentar dalam mencapai kepada membuktikan kes atas beban bukti imbangan kebarangkalian. Mahkamah Rayuan di dalam *Lim Guan Eng v. PP & Other Appeals* [1998] 3 CLJ 769; [1998] 3 MLJ 14, Gopal Sri Ram JCA (as he then was):

> *Now among the general rules that govern judicial appreciation of evidence in both civil and criminal causes in the adversarial system of justice, there is one fundamental importance. It is that a party is bound by the evidence of witnesses whom he calls in proof of his case.* (penekanan ditambah)

[20] Di dalam kes-kes kecuaian perubatan tanggungjawab berjaga-jaga (standard of care) oleh seorang doktor kepada pesakitnya diperjelaskan dalam *Bolam v. Friern Hospital Management Committee* [1957] 2 All ER 118. Ujian *Bolam* adalah satu ujian untuk tanggungjawab berjaga-jaga (standard of care) yang diterima pakai dan digunakan oleh mahkamah dalam menentukan sama ada tugas ini telah disempurnakan oleh para doktor dalam merawat pesakitnya. Di dalam bahasa asal, ianya dinyatakan:

> (i) The professional will not be in breach of his/her duty if he/her acted in accordance with a practice that is recognized as proper by a responsible body of other medical professional with the same expertise in that particular field.
>
> (ii) If this is established, the existence of dissenting opinion from other experts who would disagree with the practice would not matter.

[21] Dalam dunia perubatan, mahkamah ini mengambil notis kehakiman (judicial notice) bahawa apabila melibatkan rawatan atas pesakit yang mempunyai penyakit yang sama, rawatan yang diberikan oleh seorang doktor dengan seorang doktor yang lain dalam merawat pesakit itu sudah pastinya tidak sama bergantung kepada keadaan dan kesesuaian pesakit itu dalam bertindak balas dengan rawatan yang diberikan. Seorang doktor mungkin mendapati dengan rawatan ubat-ubatan sudah mencukupi manakala seorang doktor lagi berpendapat pesakit memerlukan pembedahan. Di dalam kes ini, si mati mengalami PPH iaitu satu keadaan yang boleh berlaku pada mana-mana ibu bersalin. Ianya bukan suatu yang luar biasa dan jarang terjadi tetapi seandainya rawatan segera dapat diberikan, maka si ibu dapat diselamatkan. PPH dalam bahasa mudah adalah ibu mengalami tumpah darah yang banyak yang jika tiada ubatan sesuai diberi atau transfuse darah diberi, maka ibu akan meninggal dunia, inilah menurut plaintif-plaintif berlaku dalam kes ini.

Tanggungjawab Berjaga-jaga (Duty Of Care) Oleh D1 Dan/Atau D2 Terhadap Si Mati

[22] Klinik Shan adalah klinik yang menyediakan kemudahan dan/atau fasiliti bagi si mati yang pada waktu material merupakan pesakit D3 untuk melahirkan anaknya iaitu plaintif kelima. Plaintif telah membuktikan bahawa Klinik Shan (D1) adalah dimiliki oleh D2 sebagai pemilik tunggal dan dia mempunyai tanggungjawab berjaga-jaga atas si mati yang telah didaftarkan sebagai pesakit mereka dan diberi nombor pendaftaran P-6292. Walaupun, pembelaan D1 di perenggan 5 (Ikatan BP ms. 71) memplidkan bahawa si mati bukan pesakit mereka namun, ketika pemeriksaan balas, SD2 mengesahkan bahawa si mati telah diberikan nombor pendaftaran P-6292 dan ini sendiri membuktikan si mati adalah pesakit Klinik Shan cuma dia di bawah pengawasan D3.

[23] Semua rekod-rekod perubatan si mati (eksh. D75 Ikatan C1 ms. 9 hingga 21), dan keputusan Klinik Shan untuk tidak mengenakan bayaran bersalin pada 9 Januari 2019 adalah menggunakan kepala surat rasmi Klinik Shan (eksh. P76 Ikatan B1 ms. 54 dan 55). Oleh itu, seperti yang dihujahkan oleh peguam cara plaintif-plaintif bahawa si mati adalah pesakit D1 dan D2 dan sebagai pusat yang memberikan perkhidmatan bersalin, maka D1 dan D2 adalah mempunyai tanggungjawab berjaga-jaga kepada si mati. Mahkamah Persekutuan di dalam kes *Siow Ching Yee (Menyaman Melalui Isteri Dan Wakil Litigasinya, Chau Wai Kin) v. Columbia Asia Sdn Bhd* [2024] 4 CLJ 173 memutuskan:

> (1) In the English case of *Woodland v. Swimming Teachers Association & Others* ("*Woodland*"), a non-delegable duty would arise if the following defining features are present: (i) the claimant is a patient or a child, or for some other reason, is especially vulnerable or dependant on the protection of the defendant against the risk of injury ('first feature'), (ii) there is antecedent relationship between the claimant and the defendant, independent of the negligent act or omission itself, which: (a) places the claimant in actual custody, charge or care of the defendant; and (b) from which, it is possible to impute the defendant the assumption of a positive duty to protect the claimant from harm, and not just a duty to refrain from conduct which will foreseeably damage the claimant ('second feature'); (iii) the claimant has no control over how the defendant chooses to perform those obligations, *ie,* whether personally or through employees or third parties ('third feature'); (iv) the defendant has delegated, to a third party, some function which is an integral part of the positive duty which he has assumed towards the claimant, the third party is exercising, for the purpose of the function thus delegated to him, the defendant's custody or care of the claimant and the element of control that goes with it ('fourth feature'); and (v) the third party has been negligent , not in some collateral respect, but in the performance of the very function assumed by the defendant and delegated by the defendant to him ('fifth feature') ('five *Woodland* features').

(2) The five *Woodlands* features were met in this case. The first feature was easily fulfilled; the appellant was indeed in a vulnerable position and was totally reliant on the respondent for its care and treatment – more so when the appellant was admitted to its emergency services. The second feature was well met by both the statutory framework which puts into place a relationship which deems an assumption of a non-delegable duty of care and also from the factual circumstances. The appellant was admitted to and in the respondent's emergency facilities and treated by its medical officer, prior to being referred to the first and second defendants. These defendants were also part and parcel of the necessary professionals who must be available if the respondent was to provide emergency services on a routine basis. More importantly, the negligent act complained of took place during the care and treatment rendered within the respondent's premises using its facilities and services, it did not happen anywhere else. As for the third and forth features, it was clearly evident that the appellant had no control over how the respondent was to perform its function of rendering emergency care and treatment; whether it would be rendered personally or through employees or third parties such as the professionals he had engaged and to whom it had delegated the integral function of treatment and care of patients at its emergency services. In fact, having assumed a positive duty of care to the appellant in respect of emergency services, the respondent had delegated to its medical officer, and to the first and second defendants, the performance of its obligations and these persons were indeed performing those delegated functions. As for the fifth feature, it was undeniable that the second defendant was negligent in the performance of the very function of rendering proper emergency care and treatment of the appellant that was assumed by the respondent but delegated to her by the respondent. With all five features satisfied, it was clear that the respondent had assumed a non delegable duty of care that it owed personally to the appellant. The defence of independent contractor thus was not sustainable in law and ought to have been rejected by the court below.

[24] Bagi D3, adalah jelas bahawa D3 adalah doktor yang mempunyai tanggungjawab berjaga-jaga atas si mati. Si mati adalah di bawah pengawasannya sejak awal kehamilan dengan plaintif kelima dan D3 yang menyambut kelahiran plaintif kelima pada 9 Januari 2019. Adalah jelas kedua-dua D1, D2 dan D3 mempunyai tanggungjawab berjaga-jaga atas si mati.

[25] Bagaimana pula dengan D4, D5 dan D6. D2 ketika memberi keterangan di mahkamah mengesahkan ketiga-tiga jururawat ini adalah kakitangan Klinik Shan dan mereka ada bersama-sama dengan D3 ketika menyambut kelahiran plaintif kelima dan bersama-sama D3 ketika si mati bersalin. D4, D5 dan D6 juga berada di dalam bilik bersalin dengan si mati, dan si mati ditinggalkan dalam jagaan ketiga-tiga jururawat ini apabila D2 dan D3 meninggalkan bilik bersalin itu. D4, D5 dan D6 juga mempunyai

tanggungjawab berhati-hati ke atas si mati. D2 ketika pemeriksaan balas mengesahkan ketiga-tiga jururawat ini tidak berdaftar dengan pihak berkuasa iaitu dengan Kementerian Kesihatan Malaysia.

Di dalam *Dr Chin Yoon Hiap v. Ng Eu Khoon & Ors And Other Appeals* [1998] 1 CLJ 533; [1998] 1 MLJ 57, Abdul Malek Ahmad JCA memutuskan:

> The standard of care expected of a medical practitioner is that he is not required to exercise the highest or very high standard but only a fair and reasonable standard of care and skill in the treatment of his patient.

Dan di dalam *Shalini Kanagaratnam v. Pusat Perubatan Universiti Malaya & Anor* [2013] CLJU 1447; [2013] 1 LNS 1447; [2013] MLJU 1589, Su Geok Yiam J memutuskan:

> (1) the 1st and 2nd defendants owed the plaintiff a duty of care;
>
> (2) the 1st and 2nd defendants have breached their duty of care to the plaintiff;
>
> (3) the 1st and 2nd defendants' breach had caused or materially contributed to the injury suffered by the plaintiff; and
>
> (4) the plaintiff had suffered damages

Adakah Defendan-defendan Telah Cuai Hingga Menyebabkan Kematian Si Mati

[26] D2 adalah seorang doktor yang mempunyai pengalaman selama 30 tahun dan telah menyambut 5,000 kelahiran daripada kelahiran normal sehinggalah kepada yang memerlukan pembedahan. D3 pula mempunyai pengalaman selama 31 tahun dan telah menyambut 3,500 kelahiran daripada kelahiran normal sehinggalah kepada yang memerlukan pembedahan. Adalah sesuatu yang tidak boleh disangkal, kedua-dua mereka pastinya sedia maklum akan risiko-risiko yang bakal timbul dan/atau akan terjadi ketika seseorang ibu dalam proses melahirkan. D2 dan D3 sebagai seorang yang berpengalaman luas dalam mengendalikan kelahiran bayi pastinya sedia maklum, ketika seorang ibu dalam proses melahirkan ada antara mereka tiba-tiba sawan (eclampsia), uri lekat yang menyebabkan post partum haemorrhage (PPH) iaitu pendarahan yang banyak ataupun bayi tiba-tiba bermasalah untuk dilahirkan. Ini semua adalah dalam pengetahuan doktor perbidanan seperti D2 dan D3.

[27] Satu fakta yang tidak dipertikaikan adalah si mati telah melahirkan anak keduanya (plaintif kelima) di Klinik Shan dengan dibidani oleh SD3 pada 9 Januari 2021 jam 10.34 pagi. SD3 juga telah mengeluarkan uri si mati secara manual kerana uri tidak keluar bersama-sama bayi. Tidak dinafikan si mati mengalami pendarahan ekoran dari prosedur pengeluaran uri secara manual ini. Berdasarkan rujukan buku *"Training Manual on Management of Post Partum Haemmorhage (PPH) 2016"* (eksh. P37 Ikatan D3 ms. 51) terdapat tiga komplikasi utama yang wujud sekiranya prosedur pengeluaran uri secara manual dilakukan atas seorang ibu iaitu:

(i) Haemmorhage & Shock

(ii) Infection

(iii) Genital Tract Injury

Di dalam kes ini, tidak dinafikan selepas prosedur pengeluaran uri secara manual tersebut oleh SD3, si mati telah mengalami pendarahan "PV-bleeding" (eksh. D75 ms. 14 Ikatan C1).

[28] Ekshibit P37 Ikatan D3 ms. 51 adalah garis panduan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia untuk para doktor perbidanan menangani masalah apabila si ibu mengalami pendarahan yang teruk seperti di dalam kes ini. Walaupun SD3 mendakwa dia telah mengikut garis panduan, namun tidak jelas garis panduan mana yang diikuti. SP10 (Dr Thaneemalai Jeganathan) adalah seorang pakar perbidanan penulis buku "*Handbook of Obstetric Emergencies*" (eksh. P38) menjelaskan di dalam pemeriksaan balasnya bahawa garis panduan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia bukan sekadar rujukan tetapi adalah wajib diikuti dengan teratur dan tepat.

[29] Menurut SP10 (Dr Thanee), untuk menyelamatkan nyawa si ibu ketika dia mengalami pendarahan mudah iaitu pengawasan yang teliti atasnya terutama kadar kehilangan darah yang dia alami setiap minit kerana apabila si ibu kehilangan darah yang gagal diurus dengan baik maka dia di ambang maut dan untuk menyelamatkannya adalah mustahil seperti di dalam kes ini.

Menurut keterangan SP10, pada saat si ibu telah mengalami PPH, maka apa yang SD2 dan SD3 sepatutnya lakukan adalah memulakan rawatan untuk menghentikan pendarahan yang berlaku. Setiap 15 minit, kehilangan darah si mati hendaklah dipantau. Menurut SP10, kehilangan darah 500ml ke atas tandanya si ibu telah mengalami PPH. Selalunya, kehilangan darah adalah biasa bagi ibu yang bersalin, namun sekiranya keadaan si ibu agak membimbangkan apabila dia mengalami pendarahan selepas bersalin, maka doktor yang ada bersamanya hendaklah melihat kepada tekanan darahnya dan degupan jantungnya.

Bagaimana untuk tahu bahawa nyawa pesakit dalam bahaya sekiranya berlaku pendarahan. Ini dijelaskan oleh SP10 di dalam bukunya (eksh. P38 ms. 43 dan 49 Ikatan D1).

0.5 – 0.8 = normal

1 or more = hypovolemic shock

Level above that indicates various degree of severity

If patient is at 0.9 towards 1, it is alarming and blood transfusion must be given because patient is in shock

[30] Bagaimana untuk menguruskan pesakit yang sedang mengalami PPH; ini juga dijelaskan oleh SP10 iaitu memberikan ubatan untuk menghentikan pendarahan dan sekiranya pendarahan tidak berhenti maka si ibu hendaklah segera dihantar ke hospital untuk mendapatkan rawatan kecemasan.

Ubatan yang dimaksudkan untuk penggantian darah dan/atau cecair yang keluar dari badan si ibu adalah "Crystalloids, Colloid, blood and blood products". Ratio pemberian ubat ini kepada si ibu adalah:

> crystalloids setiap ½ jam; hartsmann's dalam ratio 3:1 dan colloids gelafandine dalam ratio 1: 1,

Ubatan untuk menghentikan darah adalah seperti dinyatakan dalam *"Training Manual on Management of Post Partum Haemmorhage (PPH) 2016"* (eksh. P37 Ikatan D3 ms. 48) iaitu:

(i) Oxytoxin

(ii) Syntometrine

(iii) Hemabate/Carboprost

Ubat-ubatan ini hendaklah diberikan mengikut turutan ini seandainya ubat (i) tidak memberikan kesan maka hendaklah diberi ubat (ii) dan seterusnya.

Rawatan seterusnya untuk menghentikan pendarahan adalah "manual management" (eksh. P37 Ikatan D3 ms. 48) iaitu:

(i) bi manual:

(a) compression;

(b) to encourage the uterus contract so that bleeding stops (eksh. P38, Ikatan D1 ms. 56)

(ii) balloon tamponade (eksh. P38 Ikatan D1 ms. 56 dan eksh. D73);

(iii) total/subtotal hysterectomy (eksh. P38 Ikatan D1 ms. 60).

Sekiranya kesemua rawatan di atas gagal menghentikan pendarahan yang dialami si ibu, maka dia hendaklah dengan segera dihantar ke hospital untuk rawatan lanjut. Kesemua pengurusan di atas disahkan oleh SP7 (Dr Nor Fadzilah) seorang doktor perbidanan di HTAR.

[31] Si mati telah meninggal dunia akibat 'massive blood loss due to obstetric complications' (eksh. P5 Ikatan B1 ms. 69). Dalam membuktikan kematian si mati kerana kegagalan SD2 dan SD3 khususnya membuat pemantauan rapi akan keadaan si mati selepas bersalin sebaliknya meninggalkan si mati dengan tiga orang jururawat (iaitu D4 hingga D6), plaintif bergantung penuh kepada nota klinikal yang dicatitkan oleh jururawat di Klinik Shan (Ikatan C1 ms. 12 hingga 20). Sebaik sahaja si mati

melahirkan anaknya iaitu plaintif kelima, SD3 telah keluar dari Klinik Shan (dalam keterangannya dia mengatakan keluar untuk minum) manakala SD2 juga keluar dari bilik bersalin selepas SD3 meninggalkan bilik bersalin itu. A

SD3 bergantung kepada nota bertaip yang dia dakwa disediakan olehnya (eksh. D79 – Ikatan C1 ms. 4 hingga 8) yang mana didakwa oleh plaintif D79 disediakan oleh SD3 hanya untuk sekadar menjustifikasikan tindakannya dalam merawat si mati. Ini adalah kerana D79 tidak boleh dikatakan diambil dari nota klinikal jururawat (eksh. D75 – Ikatan C1 ms. 12 hingga 16) kerana terdapat perbezaan catitan antara dua nota ini. B

[32] Jika dirujuk pada nota klinikal Klinik Shan (D75 – ms. 14 Ikatan C1), pada pukul 11.20 pagi, si mati telah kehilangan darah (estimated blood loss – EBL) adalah sebanyak 350ml. Jururawat juga mendapati si mati mengalami pendarahan di bahagian faraj. Melalui keterangan SP7 dan SP10 dan buku rujukan (P37 dan P38) jangkaan kehilangan darah adalah sukar dijangkakan tetapi pemantauan atas tanda-tanda vital pada si ibu adalah penting untuk dilihat iaitu tekanan darah dan nadi untuk mengesahkan sama ada si ibu sedang mengalami "shock" berdasarkan pengiraan "shock index". "Shock index" adalah aras ukuran untuk doktor mengesan sama ada si ibu sedang menuju kepada "hypovolemic shock", ini bermakna pesakit telah kehilangan 20 hingga 25% darah dalam badannya. Nyawa si ibu dalam bahaya pada takat ini. Di dalam kes ini, setakat jam 12 tengah hari, si mati mengalami kehilangan darah sebanyak 800ml dan dia berada dalam keadaan PPH dan nilai shock index adalah 1.2 yang menunjukkan si mati telah mengalami "hypovolemic shock". Walau bagaimanapun, SD3 dan/atau SD2 tidak membuat keputusan untuk segera menghantar si mati ke HTAR untuk rawatan kecemasan. C D E F

[33] SP5 telah melihat keadaan anaknya di bilik bersalin itu apabila dia berlari masuk setelah mendengar suara si mati menjerit. SP5 melihat SD2, SD3 dan beberapa orang jururawat bersama-sama dengan si mati. SP5 melihat jururawat di bilik bersalin itu mengelap darah si mati dengan menggunakan kapas. G

[34] Satu fakta yang tidak boleh dinafikan oleh defendan-defendan bahawa si mati telah ditinggalkan tanpa pengawasan doktor tanpa dipastikan bahawa si mati telah keluar dari sebarang komplikasi sebelum meninggalkan si mati dengan jururawat. Keterangan SD3 tentang waktu dia meninggalkan bilik bersalin itu sendiri bercanggah dengan apa yang diplidkan di dalam perenggan 24 pembelaannya. Di perenggan 24, SD3 memplidkan bahawa si mati mula mengalami pendarahan semula pada sekitar jam 12.15 tengah hari dan seorang jururawat telah memberitahu SD2 yang kemudiannya menelefon SD3 yang sedang minum di sebuah restoran berhampiran. Namun, ketika pemeriksaan balas, SD3 mengatakan dia meninggalkan Klinik Shan pada sekitar 12.30 tengah hari. Jika mengikut pada perenggan 24 pembelaannya, H I

pada jam 12.15 tengah hari, SD3 sudah tidak berada di Klinik Shan dan ini bercanggah dengan keterangannya di mahkamah di mana dia mengatakan dia meninggalkan Klinik Shan pada pukul 12.30 tengah hari.

[35] Apa yang lebih menyedihkan, walaupun SP5 mendengar anaknya (si mati menjerit) dan dia melihat jururawat sedang mengelap darah anaknya yang keluar dengan banyaknya; SD3 memaklumkan kepada SP5 tiada apa yang perlu dibimbangkan dan SD3 keluar dari bilik bersalin itu untuk pergi minum. Ketika pemeriksaan balas, SD3 menegaskan bahawa pendarahan si mati telah berhenti dan keadaan si mati adalah stabil sedangkan nota klinikal Klinik Shan (D75) menunjukkan sebaliknya.

[36] Si mati hanya dibawa ke HTAR pada sekitar jam 1 tengah hari dan ini disahkan oleh rekod St John Ambulance yang menerima panggilan dari SD2 pada jam 12.56 tengah hari. Rekod HTAR pula menunjukkan doktor pakar di HTAR menerima panggilan berkenaan pemindahan si mati pada pukul 1.03 petang. SD3 menafikan bahawa jururawat Klinik Shan menghubungi HTAR pada sekitar pukul 12.35 tengah hari, namun sekiranya kita melihat keterangan SD3, dia telah keluar dari Klinik Shan pada pukul 12.30 tengah hari; mustahil dia tahu bahawa jururawat ada menghubungi HTAR pada jam 12.35 tengah hari. SP5 mengesahkan bahawa dia mendengar jururawat menghubungi HTAR memaklumkan bahawa keadaan si mati adalah kritikal. Pada tahap inilah SP5 sekali lagi masuk ke bilik bersalin dan melihat keadaan anaknya yang dalam keadaan kehilangan banyak darah.

[37] SD2 dan SD3 gagal menggunakan kepakaran mereka apabila melihat keadaan si mati yang kehilangan banyak darah dan Klinik Shan tidak mempunyai bekalan ubat "Colloid" untuk resusitasi si mati (diakui oleh SD2 dan SD3). Klinik Shan juga tidak mempunyai ubat "Carboprost/ Hemabate" untuk mengecutkan rahim dan tidak mempunyai peralatan untuk rawatan "balloon tamponade" untuk memberhentikan pendarahan. Ini semua dalam pengetahuan SD2 dan SD3, namun mereka masih memandang remeh akan keadaan si mati ketika itu dengan tidak membuat keputusan menghantarnya ke HTAR untuk rawatan segera atau bagi mendapatkan bekalan darah.

[38] Kepentingan ubat-ubat dan peralatan yang dinyatakan di atas disahkan oleh saksi pakar defendan-defendan sendiri iaitu SD1 (Dr Magendra). Menurut SD1, klinik bersalin yang dikategorikan sebagai 'low birth risk centre' perlu dilengkapi dengan ubat-ubatan tersebut kerana ianya satu keperluan di bawah garis panduan oleh pihak Kementerian Kesihatan Malaysia. Ketika pemeriksaan balas, SD2 mengesahkan kliniknya tidak mempunyai ubatan yang disebut untuk diberikan kepada si mati. Selain itu, Klinik Shan juga tidak dilengkapi dengan "Colloid" untuk rawatan resusitasi dengan bendalir. SP10 dan SD1 yang merupakan pakar perbidanan mengesahkan "Colloid" adalah lebih berkesan dari "Crystaloid" yang diberi

oleh Klinik Shan kepada si mati yang mana kesannya tidak membantu keadaan si mati. SD2 dan SD3 adalah doktor yang mana si mati bukanlah pesakit pertama yang mereka rawat, dan ubat-ubat mana yang mempunyai kesan terbaik dalam merawat pesakit seperti si mati adalah dalam pengetahuan mereka. Sekiranya ubat-ubat ini tiada dan peralatan untuk "ballon tamponade" juga tiada di Klinik Shan, sebagai seorang doktor yang kepakaran mereka adalah menyambut kelahiran dan memantau keselamatan si ibu, maka mereka gagal dalam melaksanakan tugas mereka secara munasabah untuk dengan segera menghantar si ibu ke HTAR untuk mendapatkan rawatan kecemasan. Selain itu, SD3 gagal memastikan bahawa si mati telah terlepas dari sebarang komplikasi sebelum meninggalkan si mati dalam jagaan tiga orang jururawat (yang mana gagal dibuktikan oleh defendan-defendan bahawa D4 hingga D6 adalah jururawat bertauliah).

[39] SD2 dan SD3 mendakwa bahawa mereka telah menghadiri "Maternal Mortality Meetings" (MMM) dan mereka didapati tidak bersalah. Peguam cara plaintif menghujahkan MMM bukanlah badan yang mempunyai kuasa untuk menghukum dan membuat penemuan sama ada SD2 dan/atau SD3 cuai dalam memberi rawatan kepada si mati. SP7, SP10 mengesahkan bahawa MMM hanya sekadar merupakan satu badan untuk mendengar penjelasan SD2 dan SD3 akan apa yang telah berlaku ketika rawatan atas si mati dan mencari jalan penyelesaian agar kejadian sama tidak berulang.

"Causation"

[40] Secara tradisinya, ujian untuk "causation" adalah "the but for test: but for the defendant's negligence, would the claimant have suffered damages". Sekiranya ada lebih dari satu penyebab kepada kerosakan yang dialami plaintif atau ada perkara lain yang menyumbang kepada kerosakan yang dialami plaintif, maka ujian ini tidak terpakai. Mahkamah Persekutuan di dalam *Wu Siew Ying v. Gunung Tunggal Quarry & Construction Sdn Bhd & Anor* [2011] 1 CLJ 409; [2011] 2 MLJ 1:

> we are of the view that the 'but for' test is not the exclusive test to be applied to determine the causation of the injury. It can still be applied but not on circumstance when there are two or more acts or events or factors that could or contribute to the injury of the plaintiff.
>
> **This instant case is a case in point where evidence is established that there are a multiple of factors that could bring about the injury to the plaintiff.** And to decide whether there is causation in these circumstances, the approach of Lord Reid in *Bonnington Casting Ltd v. Wardlaw*: whether any of these acts or events or factors has materially contributed to the plaintiff's injury should be adopted. What is a material contribution must be a question of degree. This is for the court to decide but certainly anything that is trifle is not material. As Lord Reid in the same case expounded: contribution which comes within the exception of *de minimis non curat lex* (the law does not concerns itself with triffles) is not material. (penekanan ditambah)

Undang-undang "causation" tidak memerlukan pelanggaran tugas berhati-hati oleh defendan sebagai penyebab utama yang menyebabkan kecederaan kepada plaintif. Adalah memadai pelanggaran tugas berhati-hati itu menjadi salah satu penyumbang kepada kecederaan yang dialami plaintif.

[41] Di dalam kes ini, setakat jam 12 tengah hari, "shock index" si mati adalah 1 hingga 2 dan dia telah kehilangan sebanyak 800ml darah seperti dicatit dalam nota klinikal; dan si mati sepatutnya telah dihantar segera untuk rawatan ke HTAR memandangkan segala rawatan yang diberi oleh SD3 tidak memberi kesan kepada si mati. Si mati telah berada dalam "hypovolemic shock" pada saat itu, tetapi gagal dikesan oleh SD2 dan/atau SD3, bahkan SD3 keluar untuk minum dan meninggalkan si mati dalam jagaan tiga jururawat yang tidak diketahui pentauliahan mereka. Kegagalan SD3 memberikan ubatan yang lebih efektif untuk resusitasi seperti Colloids dan atau melakukan prosedur "ballon tamponade" dan dengan melakukan "bi manual compression" seperti yang disarankan oleh KKM dalam eksh. P37 telah menjadi sebab yang menyumbang kepada keadaan si mati yang kritikal dan apabila dihantar ke HTAR, keadaannya telah tenat.

[42] Seperti yang diputuskan oleh Mahkamah Persekutuan dalam *Wu Siew Ying* (*supra*), di dalam kes ini, bukan satu faktor penyumbang kepada kecederaan yang dialami oleh si mati tetapi banyak faktor lain yang mana ianya merujuk kepada tindakan defendan-defendan dalam merawat si mati. Mahkamah meringkaskan faktor-faktor yang menyumbang secara terus kepada kecederaan serius pada si mati yang akhirnya membawa maut adalah:

(i) kegagalan SD2 dan SD3 memantau tanda-tanda vital pada si mati apabila jumlah kehilangan darahnya meningkat dari 350ml kepada 800ml dalam jangka masa yang sangat singkat (11.20 pagi hingga 12.30 tengah hari);

(ii) gagal memberi ubatan atau fluids yang lebih efekftif untuk resusitasi (Klinik Shan tidak mempunyai bekalan Colloid);

(iii) gagal memberi ubat untuk merawat PPH yang perlu diberikan secara berperingkat hingga mencapai dosage yang sepatutnya;

(iv) ketiadaan alat perubatan seperti "ballon tamponade" ataupun melakukan "bi manual compression" dalam merawat si mati;

(v) gagal membuat keputusan untuk menghantar si mati ke HTAR dengan segera dan seawal mungkin apabila keadaan pendarahan si mati bertambah teruk;

(vi) meninggalkan si mati dalam jagaan jururawat (D4 hingga D6) yang tidak dibuktikan pentauliahannya.

Secara keseluruhan, selepas mendengar keterangan SD2 dan SD3, mahkamah mendapati kedua-dua mereka yang mempunyai pengalaman menyambut antara 3,000 dan 5,000 kelahiran, mengambil sikap sambil lewa dalam menangani keadaan si mati. SD2 dan SD3 sepatutnya lebih berpengalaman dan tahu bahawa selagi si ibu tidak mengalami apa-apa komplikasi seperti tumpah darah dalam kes ini, maka si ibu tidak boleh dikatakan dalam keadaan stabil; lebih-lebih lagi si mati baru menjalani prosedur pengeluaran uri secara manual yang dilakukan oleh SD3.

"Forseeability"

[43] Bagi isu 'forseeability' kecederaan yang akan dialami oleh si mati dalam kes ini, defendan-defendan khususnya SD2 dan SD3 sebagai doktor perbidanan yang berpengalaman menyambut kelahiran sebelum ini, bahkan SD3 adalah doktor yang menyambut kelahiran anak sulung si mati iaitu plaintif keempat, berada di tempat terbaik untuk menjangkakan apa yang akan berlaku jika mereka cuai dan/atau gagal melaksanakan tugas professional mereka dengan baik dan cekap. Tidak semestinya mereka boleh menjangkakan satu kecederaan khusus akan berlaku tetapi memadai seandainya mereka cuai dan gagal melaksanakan tugas professional mereka dalam memberi rawatan kepada pesakit mereka, akan berlaku kecederaan kepada pesakit itu. SD3 ketika pemeriksaan balas oleh peguam cara plaintif bersetuju dengan fakta ini.

Q: MRP, manual removal of the placenta, on the mother on the 09/01/2019 you could forsee either one of these risks to the mother, agree?

A: Yes, Yang Arif

Q: And you agree with me that upon performing the MRP when the mother started bleeding you could forsee post-partum haemorrhage, agree? I am not saying identify or diagnose post-parfum haemorrhage. I am saying you could forsee post-partum haemorrhage after an MRP being done when she started bleeding, agree?

A: Agree, Yang Arif.

Keterangan Saksi Pakar Plaintif Dan Defendan-defendan

[44] Di dalam tindakan ini, plaintif mengemukakan dua saksi pakar iaitu SP7 – Dr Nor Fadzilah binti Mohd Yusof – Pakar Perunding O&G HTAR) dan SP10 – Dr Thaneemalai @ Periyakaruppan a/l KM Jeganathan (pakar perunding O&G dari Thomson Hospital – Kota Damansara) dan dari defendan-defendan adalah SD1 – Dr Magendra Ramalingam – pakar perunding O&G dari Hospital Wanita Metro).

[45] Peguam cara plaintif menghujahkan bahawa keterangan SD1 (Dr Magendra) tidak harus diterima pakai oleh mahkamah ini kerana SD1 turut merawat si mati di HTAR dan merupakan sebahagian dari pasukan

O&G HTAR yang telah bersama-sama cuba menyelamatkan nyawa si mati. Alasan cabaran oleh peguam cara plaintif dalam mencabar keterangan SD1 adalah kerana ianya melanggar MMC Guidelines iaitu apabila seorang doktor dan/atau pakar terlibat dalam rawatan seorang pesakit, maka beliau tidak boleh terlibat dalam sebarang prosiding undang-undang atau siasatan yang melibatkan pesakit itu. SD1 mengakui bahawa dia ada dalam pasukan O&G HTAR yang merawat si mati, tetapi dia tidak mendedahkan fakta itu dalam laporan pakar yang disediakan olehnya (eksh. D73). Atas alasan ini sahaja, peguam cara plaintif menghujahkan keterangan SD1 harus diterima secara berhati-hati oleh mahkamah.

SP10 bukan sahaja pakar perunding O&G tetapi dia juga adalah penulis buku yang menjadi rujukan dalam menangani komplikasi O&G iaitu eksh. P37 dan P38. SP10 juga menyediakan dua laporan pakar iaitu masing-masing bertarikh 1 November 2021 (eksh. P66) dan 26 April 2023 (eksh. P69). SP6 dan SP7 adalah dua doktor O&G HTAR yang mengesahkan garis panduan KKM dikeluarkan sejak 2016 demi menangani komplikasi O&G dan mengurus PPH.

[46] Mahkamah telah meneliti laporan pakar yang disediakan oleh SP10 (Dr Thanee) iaitu eksh. P66 – Ikatan C ms. 70 hingga 90 dan eksh. P69 – Ikatan D3 ms. 16 hingga 25 serta laporan pakar yang disediakan oleh SD1 (Dr Magendra) iaitu eksh. D73. Perbezaan ketara yang dilihat dari tiga laporan pakar ini adalah laporan yang disediakan oleh SD1 berlandaskan artikel-artikel perubatan luar negara sedangkan KKM mempunyai garis panduannya sendiri dalam isu menangani masalah komplikasi PPH ini. SP10 merujuk kepada garis panduan yang dikeluarkan oleh KKM (eksh. P37) dan juga buku rujukan (eksh. P38) yang ditulisnya yang mana buku ini menjadi rujukan kepada doktor-doktor O&G yang lain.

[47] Sepanjang keterangan oleh SD1, mahkamah mendapati keterangannya lebih kepada untuk membantu defendan-defendan dan bukan bersifat berkecuali. Banyak keadaan dia cuba berdolak-dalik dalam keterangannya walaupun isu yang diutarakan padanya adalah isu mudah seperti punca si mati tumpah darah:

> Q: Yes, and do you agree with me in this case, the mother fell into the first major complication which is haemorrhage, also known as post partum haemorrhage, PPH, am I correct?
>
> A: This is debatable because it's only a statement. It does not explain that haemorrhagic and shock, what ist due to?
>
> Q: Now, I'm saying in this case, after the manual removal of placenta, you can see from the clinical notes, I am putting it to to you that the mother had haemorrhage or also known as PPH, post partum haemorrhage. Yes or no?
>
> A: Yes

[48] SD1 di dalam laporan pakarnya (eksh. D73 ms. 13) menyatakan bahawa "the care and treatment provided at this maternity centre is considered reasonable and sufficient to manage PPH". Ini berlainan dari dapatan SP10 yang mengesahkan bahawa sebaik sahaja PPH dikenal pasti, anggaran kehilangan darah harus dipantau setiap 15 minit dan "vital sign" si mati juga harus dipantau seperti "pulse rate" dan tekanan darah untuk mengira "shock index". Jika dilihat dalam nota klinikal Klinik Shan (eksh. D75 ms. 12 hingga 16 Ikatan C1), kehilangan darah pada pukul 12 tengah hari direkodkan sebagai 800cc namun pada jam 12.15 tengah hari tiada rekod tentang kuantiti darah yang hilang.

[49] SD1 mengesahkan bahawa "shock index" dikira untuk mengenal pasti sama ada si mati sedang mengalami "hypovolemic shock" atau masih dalam keadaan selamat dan setakat 11.20 pagi, "shock index" si mati (eksh. D75 Ikatan C1 ms. 12 hingga 16) si mati adalah 0.92 dan jika lihat pada garis panduan KKM "normal range of shock" (eksh. P37 Ikatan D3 ms. 45) adalah dari 0.7 hingga 0.9. Ini diakui oleh SD1 ketika pemeriksaan balas:

> Q: OK, and do you agree the normal range of shock or the normal range for a normal person would be between the range of 0.7 to 0.9 correct?
>
> A: Yes
>
> Q: Yes, anything above that is going into the direction of becoming into shock position. Correct ….
>
> A: Yes

[50] Melalui nota klinikal Klinik Shan (eksh. D75 Ikatan C1 ms. 12 hingga 16), dari jam 11.20 pagi, apabila "shock index" menunjukkan 0.92 dan kehilangan darah adalah 350cc, maka langkah munasabah yang sepatutnya diambil oleh SD2 dan/atau SD3 adalah untuk merekodkan kehilangan darah pada atau sekitar 11.50 pagi, ini tidak dilakukan oleh SD2 dan/atau SD3. "Hartmann's fluid" telah diberikan kepada si mati dan pada pukul 12 tengah hari, si mati telah kehilangan 800cc darah. Seandainya mereka merekodkan kehilangan darah si mati awal dari pukul 12 tengah hari, maka rawatan yang sepatutnya telah diberikan dan/atau memandangkan Klinik Shan tidak mempunyai ubat yang sepatutnya ataupun peralatan yang boleh menahan si mati dari terus kehilangan darah; maka tindakan paling munasabah seorang doktor yang sepatutnya dapat melihat bahawa pesakitnya dalam bahaya maka segera menghantarnya ke HTAR. Jelas pendapat SD1 bahawa Klinik Shan telah melakukan apa yang difikirkan munasabah dan mencukupi untuk menangani si mati yang mengalami PPH adalah tidak betul.

[51] SD1 mengakui bahawa "IV Fluids Hartmann's" merupakan sejenis "Crystalloid" yang diberikan untuki resusitasi si mati namun amaun yang diberi adalah dalam ratio 1:3 dan daripada rekod klinikal Klinik Shan, ratio yang diberikan kepada si mati adalah tidak mencukupi. Dalam ratio 1:3

A "Crystalloid" yang diberikan kepada si mati, SD1 mengesahkan bahawa ia hanya mampu bertahan di dalam aliran darah untuk tempoh 30 minit sahaja. SD1 bersetuju dengan cadangan peguam cara plaintif bahawa dalam keadaan si mati, ubat yang terbaik adalah "Colloid" dalam ratio 1:1 dan mengikut rekod klinikal Klinik Shan, "Colloid" tidak diberi kepada si mati. SD2
B mengesahkan kliniknya tidak mempunyai simpanan "Colloid". SD1 bersetuju bahawa "Crystalloid" dan "Colloid" adalah ubat resusitasi yang wajib ada untuk menangani pesakit yang kehilangan banyak darah seperti si mati.

[52] Mahkamah juga mendapati keterangan oleh SD1 adalah seolah-olah
C ingin melengkapi keterangan SD3 sedangkan rekod klinikal dan fakta menunjukkan sebaliknya. Contoh keterangan mereka seperti saling melengkapi walaupun SD1 sebagai saksi pakar harus bertindak neutral dalam membantu mahkamah mencapai kepada satu keputusan yang adil. Keterangan itu adalah berkenaan dengan isu si mati kehilangan darah. Kedua-
D dua SD1 dan SD3 menjadi begitu "defensive" setiap kali isu ini dibangkitkan. Kedua-dua mereka menyatakan bahawa darah si mati telah pun berhenti mengalir dan si mati adalah stabil. Rekod klinikal Klinik Shan sendiri (D75) menunjukkan pendarahan si mati tidak berhenti dan jururawat berusaha menghentikan pendarahan ini dengan menggunakan pad.

E Ketika ditanya oleh mahkamah bagaimana SD1 tahu bahawa pendarahan telah berhenti, jawapannya adalah dia berpandukan nota klinikal oleh SD3 sedangkan tidak disebut dalam nota klinikal Klinik Shan pendarahan telah berhenti. Satu-satunya individu yang boleh mengesahkan sama ada pendarahan telah berhenti atau sebaliknya adalah jururawat yang berada
F bersama si mati di bilik bersalin yang telah membantu menghentikan pendarahan dengan menggunakan pad dan kapas. Namun, jururawat ini tidak dipanggil sebagai saksi untuk mengesahkan dakwaan SD3 dan SD1. Mahkamah dengan ini mengguna pakai anggapan di bawah s. 114(g) Akta Keterangan terhadap defendan-defendan kerana kegagalan memanggil
G jururawat yang ada bersama-sama si mati pada hari itu.

SD1 sendiri mengakui laporan pakarnya disediakan berpandukan apa yang dicatitkan oleh SD3 dalam nota klinikalnya dan dia tidak mempunyai pengetahuan peribadi adakah apa yang dicatatkan itu benar-benar berlaku terutama masa untuk setiap tindakan. Ini adalah kerana bagi pesakit yang
H sedang mengalami PPH, setiap saat adalah percaturan antara hidup dan mati di mana kecekapan doktor yang merawatnya menentukan apakah yang bakal dihadapi oleh pesakit ini. Ajal adalah suatu yang kita tidak dapat tentukan tetapi kita tidak seharusnya berserah untuk mati tanpa sebarang usaha untuk keluar dari keadaan yang membahayakan nyawa tersebut.

I

[53] Berdasarkan alasan-alasan di atas, mahkamah mendapati kesemua defendan adalah cuai dalam menangani kes plaintif yang merupakan seorang ibu yang sihat hadir ke klinik defendan pertama dan kedua dan menyerahkan dirinya kepada kepakaran defendan ketiga untuk melahirkan cahaya matanya yang kedua. Malangnya ibu ini, bukan sahaja tidak dapat mendakap anak yang dilahirkan tetapi pergi meninggalkan anak-anaknya tanpa melihat mereka. Mahkamah ini mendapati seandainya defendan-defendan menggunakan kepakaran mereka dalam cara yang munasabah dan sepatutnya berdasarkan kepakaran dan pengalaman mereka, kemungkinan ibu malang ini masih ada bersama keluargannya.

Kuantum

[54] Undang-undang berkaitan ganti rugi adalah jelas, bahawa pihak yang menuntut mesti membuktikan dia mengalami kerugian. Prinsip ini diperjelaskan oleh Mahkamah Rayuan di dalam *Sambaga Valli KR Ponnusamy v. Datuk Bandar Kuala Lumpur & Ors And Another Appeal* [2017] CLJU 500; [2017] 1 LNS 500; [2018] 3 MLRA 488 ms. 10 di mana Datuk Mohd Zawawi (ketika YA HMR) memutuskan:

> [10] Secondly, it is fundamental and trite that a plaintiff claiming damages must prove his damage. A plaintiff cannot simply make a claim without placing before the court sufficient evidence of the loss it has suffered even if it is otherwise entitled in principle to recover damages. The law, however, does not demand the plaintiff prove with complete certainty the exact amount of damage that he has suffered. Thus, the learned author of *Mc Gregor on Damages* states as follows (at para. 8-002):
>
> > *[W]here it is clear that some substantial loss has been incurred, the fact that an assessment is difficult is because of the nature of the damage is no reason for awarding no damages or merely nominal damages. As Vaughan William L.J put in Chaplin v. Hick [1911] 2 KB 786, the leading case on the issue of certainty: "The fact that damages cannot be assessed with certainty does not relieve the wrongdoer of the necessity of paying damages." Indeed, if absolute certainty were required as to the precise amount of loss that the claimant has suffered no damages would be recovered at all in the great number of cases. This is particularly true since so much of damages claimed are in respect of prospective, and therefore necessarily contigent loss.*
>
> [11] Thirdly, the assessment of damages in action in this nature doesn not admit of fixed rules and mathematical precision, but is a matter left to the sound discretion to the judges. The courts refuse to lay down any rules or mathematical formula by which such damages are to be assessed by judges. The fairness and reasonableness of the award cannot be subjected to any recognised test or measure by any certain standard. If the award is manifestly inadequate or excessive, or there are indications that the award was influenced by improper considerations or the mistake was too plain, the appellate court should not hesistate to remedy the trial court's error. All the court should do are to award sums which are reasonable, moderate and conventional. (penekanan ditambah)

[55] Plaintif-plaintif menuntut ganti rugi am, ganti rugi khas, ganti rugi teruk dan ganti rugi teladan daripada defendan-defendan. Tuntutan plaintif-plaintif juga adalah berdasarkan s. 7 dan s. 8 Akta Undang-Undang Sivil 1956 di mana plaintif pertama adalah pentadbir harta pusaka si mati. Plaintif pertama dan kedua adalah ibu bapa si mati dan merupakan tanggungan si mati manakala plaintif keempat dan kelima adalah anak-anak si mati yang mana plaintif kedua dan ketiga adalah penjaga mereka selaras dengan perintah Mahkamah Tinggi Shah Alam bertarikh 14 Ogos 2022.

Ganti Rugi Am

[56] Ganti rugi am yang dituntut adalah berdasarkan s. 7(6) Akta Undang-Undang Sivil 1956:

> **7. Compensation to persons entitled for loss occasioned by death**
>
> (6) In any such action the executor of the deceased may insert a claim for and recover any pecuniary loss to the estate of the deceased occasioned by the wrongful act, neglect or default, which sum when recovered shall be deemed part of the assets of the estate of the deceased.

Di dalam kes ini, sebelum si mati menemui ajalnya, dia mengalami kesengsaraan yang berat kerana bukan sahaja terpaksa mengharungi prosedur pengeluaran uri secara manual ("manual removal of placenta") tetapi ditambah dengan kehilangan darah dan terpaksa melalui pembedahan di HTAR dan akhirnya dia meninggal dunia.

Si mati meninggal dunia selepas mengharungi kesengsaraan bermula dari bilik bersalin di Klinik Shan sehingga dia menjerit dan pada waktu ini ibunya (plaintif kedua) berlari masuk ke bilik bersalin untuk melihat apa yang berlaku. Si mati meninggal dunia akibat mengalami tumpah darah yang teruk dan dia hanya dihantar ke HTAR dalam keadaan yang sangat kritikal sehinggakan HTAR mengeluarkan "death in line" kepada si mati. Begitulah diharungi seorang ibu akibat kecuaian defendan-defendan. Dia bukan sahaja tidak dapat melihat dan mendakap anak yang dikandungnya selama sembilan bulan, tetapi pergi meninggalkan plaintif keempat dan kelima tanpa melihat mereka buat selama-lamanya.

Oleh itu, untuk kesakitan dan kesengsaraan si mati sehingga dia meninggal dunia, mahkamah mengawardkan ganti rugi sejumlah RM500,000.

Ganti Rugi Am Kedua Bagi Kesakitan Dan Kesengsaraan Plaintif Pertama, Kedua, Keempat dan Kelima

[57] Plaintif-plaintif pertama dan kedua adalah ibu bapa si mati yang telah kehilangan anak mereka. Plaintif kedua seorang ibu yang menyaksikan keadaan anaknya dalam kesakitan dan mengalami tumpah darah di bilik bersalin dan dia bersama ahli keluarga yang lain turut mengiringi si mati ke HTAR. Mahkamah tidak memandang ringan kesengsaraan dan kesakitan

yang ditanggung oleh plaintif pertama dan kedua yang kehilangan anak mereka akibat kecuaian defendan-defendan. Oleh itu, untuk plaintif pertama dan plaintif kedua, mahkamah mengawardkan setiap seorang dari mereka RM300,000.

Plaintif keempat dan kelima adalah dua anak kecil yang kehilangan ibu mereka yang mana sekiranya rawatan yang betul dan tepat pada masanya diberikan kepada ibu mereka iaitu si mati, anak-anak kecil ini masih ada tempat bermanja. Di usia yang masih kecil, kedua mereka kini menumpang kasih sayang datuk dan nenek mereka (plaintif pertama dan kedua), ibu saudara dan bapa saudara mereka. Satu perkara yang tiada ganti rugi yang boleh diganti adalah kasih sayang, pelukan seorang ibu. Oleh itu, mahkamah mengawardkan untuk plaintif pertama dan plaintif kedua jumlah sebanyak RM1,000,000 setiap dari mereka.

Ganti Rugi Am Untuk Kehilangan Pendapatan

[58] Si mati berumur 36 tahun ketika kematiannya dan peguam cara plaintif menghujahkan plaintif-plaintif berhak untuk menuntut kehilangan tanggungan untuk jangka masa 9.5 tahun atau 114 bulan berdasarkan s. 7(3)(iv)(d). Pada waktu material, si mati bekerja di Maxis Broadbank Sdn Bhd di bahagian "customer operations". Gaji asas si mati adalah RM3,510 sebulan dan jumlah pendapatannya untuk tahun 2018 adalah RM46,030. Plaintif-plaintif kehilangan sumbangan dari pendapatan si mati sebanyak RM3,000 sebulan. SP2 dan SP5 memberitahu mahkamah bahawa si mati memberikan mereka RM400 sebulan dan keterangan ini tidak dicabar oleh defendan-defendan. Begitu juga dengan plaintif-plaintif keempat dan kelima kini kehilangan tanggungan oleh mendiang ibu mereka.

Mahkamah mengambil maklum dalam membesarkan kedua-dua plaintif keempat dan kelima, perbelanjaan harian mereka bukan setakat menanggung makan dan minum tetapi juga pembelanjaan mereka, tanggungan kesihatan mereka juga. Bukti perbelanjaan plaintif-plaintif telah dikemukakan di mahkamah iaitu P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P15, P16, P17, P45, P46, P47, P48, P49, P57, P58, P59, P60, P61, P62 dan P64.

Si mati meninggal pada usia 36 tahun dan pengiraan jangka masa kehilangan tanggungan adalah 55 - 36 = 19 yang dibahagi dua dan jangka masa adalah 9.5 tahun iaitu 9.5 x 12 = 114 bulan.

Namun, untuk plaintif pertama dan kedua, mahkamah hanya membenarkan RM400 sebulan untuk kedua mereka untuk 114 bulan = RM45,600.

Bagi plaintif keempat dan kelima, mahkamah mengawardkan perbelanjaan RM1,500 sebulan untuk 114 bulan = RM174,000

Perbelanjaan Pengebumian

[59] Jumlah sebanyak RM5,000 dibenarkan oleh mahkamah.

Ganti Rugi Khas

[60] Plaintif menuntut sejumlah RM34,543.10 untuk fi guaman yang ditanggung plaintif untuk mengeluarkan perintah penjagaan bagi plaintif keempat dan kelima. Ini dibuktikan melalui eksh. P31, P32, P33, P34, P35, P36 dan P56. Oleh itu, mahkamah membenarkan sejumlah RM34,543.10 untuk fi guaman.

Plaintif juga menanggung kos untuk mendapatkan laporan perubatan, laporan pakar dari SP10 dan kehadiran SP10 ke mahkamah. Ini dibuktikan melalui eksh. P40, P41, P42, P43, P44, P50, P51 dan P52. Mahkamah membenarkan sejumlah RM7,820.

Ganti Rugi Teruk Dan Teladan

[61] Plaintif menuntut ganti rugi teruk dan teladan atas D1, D2 dan/atau D3. Mahkamah Persekutuan di dalam *Dr Hari Krishnan & Anor v. Megat Noor Ishak Megat Ibrahim & Anor And Another Appeal* [2018] 3 CLJ 427; [2018] 3 MLJ 281 memutuskan award untuk ganti rugi teruk boleh diberikan di dalam kes kecuaian perubatan apabila tindakan pengamal perubatan dan/atau yang memberi servis perubatan membolehkan award ini diberi. Mahkamah Persekutuan mengekalkan keputusan Mahkamah Tinggi yang memberi awad sejumlah RM1,000,000 sebagai ganti rugi teruk kepada plaintif yang buta sebelah matanya.

Mahkamah Rayuan di dalam *Sambaga Valli KR Ponnusamy* (*supra*) menyatakan ini tentang ganti rugi teladan:

> *[43] Before departing, we would like to emphasize again that exemplary damages are not intended to compensate the plaintiff and are not recoverable as of right. The amount of exemplary damages award is left to the judge's discretion and is determined by considering the character of the defendant's misconduct, the nature and extension of the plaintiff's injury and the means of the defendant. The quantum of exemplary damages to be awarded must be appropriate to the wrongdoing inflicted to the parties involved. Exemplary damages must not be uncontrolled or arbitrary; they must be of an amount that is the minimum necessary to achieve their purpose in the context of the particular case.*
>
> (penekanan ditambah)

[62] Di dalam kes ini, keterangan yang dikemukakan oleh saksi-saksi plaintif khususnya adalah lebih dari memadai dan mencukupi untuk satu ganti rugi teladan diberi terhadap D1 dan/atau D2 dan/atau D3. Fakta-fakta tersebut adalah:

(i) meninggalkan si mati tanpa pengawasan doktor walaupun si mati mengalami pendarahan;

(ii) gagal menghantar si mati ke HTAR apabila pendarahan si mati bertambah teruk;

(iii) D1 gagal menyediakan kemudahan yang mencukupi dan juga ubatan yang sepatutnya ada di sebuah pusat bersalin kerana jangkaan si ibu akan mengalami komplikasi tetap ada walaupun pada awalnya si ibu sihat dan tidak menunjukkan apa-apa komplikasi;

(iv) gagal memaklumkan kepada keluarga si mati apa yang sebenarnya sedang berlaku atas si mati;

(v) gagal mematuhi SOP yang dikeluarkan oleh KKM dalam menangani kes-kes komplikasi O&G seperti PPH;

(vi) meninggalkan si mati hanya dengan jururawat selepas prosedur mengeluarkan uri secara manual.

[63] Di dalam kes ini, seorang ibu muda telah meninggal dunia selepas bertarung nyawa untuk melahirkan anaknya dan selepas melahirkan, dia terpaksa menanggung kesakitan yang tidak dapat digambarkan sebelum dihantar ke HTAR untuk rawatan lanjut. Ketika dia dihantar ke HTAR, ibu muda ini sudah terlalu tenat akibat kehilangan darah yang banyak sehinggakan pihak HTAR mengeluarkan "death in line" pada ibu malang ini. Akhirnya, mendiang Punita a/p Mohan pergi untuk selamanya meninggalkan dua anak yang masih kecil dan bayi yang masih memerlukan kasih sayang seorang ibu. Ini semua tidak akan berlaku atau dapat dihindarkan seandainya defendan-defendan pertama, kedua dan ketiga melakukan tindakan pantas dengan menghantar ibu ini ke HTAR dan membuat pemantauan rapi atas keadaannya dan bukan meninggalkan dia dengan jururawat dan SD3 keluar untuk minum. Mahkamah ini dengan berpandukan kepada kes *Sambaga Valli* (*supra*), tidak boleh menerima sikap tidak professional defendan kedua dan ketiga dalam menangani keadaan komplikasi yang menimpa si mati.

[64] Selain itu, defendan-defendan enggan memberi kerjasama apabila plaintif-plaintif memohon untuk mendapatkan rekod kesihatan dan/atau rekod klinikal si mati. Plaintif-plaintif tiada pilihan lain selain mendapatkan perintah dari mahkamah ini, hanya selepas mendapat perintah mahkamah, baru defendan pertama dan/atau kedua hendak menyerahkan rekod-rekod perubatan dan klinikal melibatkan si mati.

[65] Berdasarkan alasan-alasan ini, mahkamah mengawardkan ganti rugi teruk atas defendan pertama dan/atau defendan kedua RM700,000. Ganti rugi teruk atas defendan ketiga untuk jumlah RM1.5 juta.

Ganti Rugi Punitif

[66] Ganti rugi punitif ini tidak diplidkan namun plaintif memohon mahkamah menggunakan budi bicaranya untuk membenarkan ganti rugi ini. Peguam cara plaintif merujuk kepada keputusan Mahkamah Rayuan di dalam *Zulkiflee SM Anwar Ulhaque & Anor v. Arikrishna Apparau & Ors* [2013] CLJU 1264; [2013] 1 LNS 1264; [2014] 3 MLJ 553:

> With regard to the argument that the claim for damages was not pleaded, this was not fatal in the circumstance. The appellants had in their statement of claim, included an omnibus prayer for 'such relief as the court deems fit'. This form of prayer is not mere ornamental to grace of a claimant's statement of claim. Pursuant to this prayer the court may, if the facts and circumstances of the case warrant, make an appropriate order to grant relief though not pleaded but would do justice between the parties. This case was one of those cases.

[67] Mahkamah dalam mengawardkan ganti rugi kepada pihak yang berhak ke atasnya, jarang untuk mengawardkan ganti rugi punitif ini dalam keadaan plaintif telah memperolehi ganti rugi teladan. Namun, dalam keadaan tertentu dan khas, mahkamah tidak akan teragak-agak untuk memberikan ganti rugi ini.

Di dalam kes ini, mahkamah mendapati keterangan SD1, SD2 dan SD3 adalah cuba untuk menegakkan benang yang basah iaitu SD2 dan SD3 sebagai seorang professional walaupun belum sampai pada tahap pakar perbidanan tetapi telah menyambut antara 3,000 dan 5,000 kelahiran, gagal melakukan apa yang sepatutnya mereka lakukan dalam keadaan pesakit mereka mengalami PPH; tetapi kedua-dua mereka menggunakan nota klinikal yang tidak lengkap dan laporan pakar oleh SD1 untuk menyatakan mereka tidak cuai sedangkan keterangan dari saksi-saksi plaintif dan pakar plaintif dengan disokong oleh keterangan dokumentar klinikal HTAR menunjukkan mereka gagal melakukan apa yang sepatutnya dilakukan seperti di dalam garis panduan KKM dalam menangani PPH. SD2 mengakui ubat-ubatan dan peralatan yang perlu ada seperti di dalam garis panduan KKM tidak disediakan di kliniknya tetapi dia membenarkan SD3 menggunakan kemudahan di kliniknya untuk si mati melahirkan anaknya. SD2 juga di dalam keterangannya menyatakan kliniknya tidak mempunyai bekalan darah untuk menangani tumpah darah seperti dialami si mati.

[68] SD3 seorang pakar perbidanan yang dipanggil oleh defendan-defendan sebagai saksi mereka, memberitahu mahkamah bahawa dia menyediakan laporan pakarnya berdasarkan nota klinikal yang dibuat oleh SD3, yang mana mahkamah mendapati banyak kekurangan kerana pemantauan pesakit iaitu si mati pada setiap masa ketika di bilik bersalin itu tidak lengkap, sedangkan bagi pesakit yang mengalami PPH, setiap saat dan waktu amat bernilai untuk nyawanya.

SD1, SD2 dan SD3 membangkitkan punca kematian si mati adalah disebabkan oleh leiomyoma yang mengakibatkan pendarahan yang mana membawa maut kepada si mati. SD1 tidak membuat perbandingan dengan laporan pakar dari HTAR termasuklah laporan bedah siasat si mati di mana dinyatakan leiomyoma bukan puncanya. Akhirnya, SD3 mengakui bahawa laporan pakar yang disediakan olehnya adalah untuk membantu defendan-defendan kedua dan ketiga. SD3 sepatutnya bertindak berkecuali dengan tidak memihak kepada mana-mana pihak. Kepakarannya diperlukan oleh mahkamah untuk mencapai kepada suatu keputusan yang adil; kebenaran dalam punca kematian si mati hendaklah didedahkan walaupun ianya akan memberi kesan yang tidak baik kepada pihak yang memanggilnya, malangnya ini gagal dilakukan oleh SD1.

[69] Walaupun terma ganti rugi teruk dan ganti rugi teladan ini digunakan dan ia kelihatan berkait; namun dalam konteks kes ini, mahkamah merasakan ianya harus diberi sebagai pengajaran kerana nyawa seorang ibu muda telah melayang akibat kecuaian defendan-defendan yang tidak sepatutnya berlaku. Oleh itu, mahkamah mengawardkan ganti rugi punitif sebanyak RM100,000 sahaja kerana tujuan mahkamah membenarkan ganti rugi punitif bukan untuk menghukum defendan-defendan tetapi sebagai satu pengajaran agar kecuaian ini tidak berulang.

Kesimpulan

[70] Setelah mahkamah mendengar keterangan saksi-saksi dan meneliti dokumen-dokumen yang difailkan, mahkamah mendapati atas beban bukti imbangan kebarangkalian, plaintif berjaya membuktikan tuntutan mereka atas semua defendan-defendan. Liabiliti sepenuhnya atas defendan-defendan dan ringkasan ganti rugi seperti berikut:

Ganti Rugi Am

(i) ganti rugi am yang dituntut adalah berdasarkan s. 7(6) Akta Undang-Undang Sivil 1956 – RM500,000;

(ii) ganti rugi am kedua bagi kesakitan dan kesengsaraan plaintif pertama, kedua, keempat dan kelima:

  (a) plaintif pertama dan plaintif kedua – RM300,000 setiap dari mereka;

  (b) plaintif keempat dan plaintif kelima – RM1,000,000 setiap dari mereka;

(iii) ganti rugi kehilangan pendapatan:

  (a) plaintif pertama dan plaintif kedua – RM45,600.

Ganti Rugi Khas

(a) kos pengembumian – RM5,000;

(b) fee guaman – RM34,543.10;

(c) kos pakar dan laporan perubatan – RM7,820.

Ganti Rugi Teruk (Aggravated Damages)

(a) defendan pertama dan/atau defendan kedua – RM700,000;

(b) defendan ketiga – RM1,500,000.

Ganti Rugi Punitif

(i) RM100,000.

Kos Tindakan

(i) RM30,000;

(ii) faedah atas jumlah penghakiman pada kadar 5% setahun dari tarikh penghakiman hingga ke pembayaran penuh.